Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-01-01	**Hasta:**	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	LINA ROCIO BARRERA RINCON		**Número de Documento:**	1058431279	
Correo Electrónico:	linitha.0725@gmail.com		**Número Telefónico:**	3132226071	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2861-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	516
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	USS NUEVO MUZU				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	186	60	10465	$2574390	132.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2574390**	**DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-06-01	2023-08-31	1	$ 2511414	1864
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 313950	2165
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 2323230	2516
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 753480	2844

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 1381380	3218
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 5651100	3654
7	2024-01-01	2024-01-31	7	$ 2197650	242

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 1946490
2	MARZO	$ 1946490
3	ABRIL	$ 1946490
4	MAYO	$ 2134860
5	JUNIO	$ 2323230
6	JULIO	$ 2134860
7	AGOSTO	$ 1255800
8	SEPTIEMBRE	$ 1381380
9	OCTUBRE	$ 1946490
10	NOVIEMBRE	$ 2825550
11	DICIEMBRE	$ 2448810

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9732636	**$ 24864840**	**$ 22290450**	**$ 2574390**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institucion dejando registro en el sistema de informacion DGH o en su defecto realizar actualizacion constante de toda la informacion relevante a la identificacion y georreferenciacion de estos , realizar verificacion de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratacion) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna	Se atiende humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos de igual forma se crea de forma completa los usuarios correctamente en el sistema de información según bases de datos para definir línea de pago.	Atención humanizada, respetuosa a los usuarios internos y externos, Se entrega admisión y soportes de aseguramiento con sus respectivos pantallazo.

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
2	Generar en el sistema de informacion los informes cada hora que me permitan hacer la Revision de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generacion del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB segun la normatividad y la contratacion, en los casos de facturacion generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso	Asignación de camas a diario y actualizar el censo	Actualización de ingresos a cama y se entrega censo actualizado diariamente
3	Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorizacion utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorizacion con la EAPB, al igual que realizar los tramites de estancias de los censos de pacientes de la institucion registrando los tramites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma	Solicitar las autorizaciones en tiempo real consignando en formato de autorizaciones el seguimiento diario.	Se entrega las hojas de ruta de las autorizaciones realizadas con toda la información requerida.
4	Adjuntar todos los soportes del tramite de autorizacion en dinamica Gerencial en la opcion de requerimientos de todos los documentos correspondiente al tramite de autorizacion y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB	Se realiza la creación de usuarios e ingresos y se adjunta los soportes en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondientes al tramite de autorización.	Creación de los usuarios e ingresos y soportes adjunto en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los tramites de autorización.
5	Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los codigos de autorizacion emitidos por las EAPB y-o en su defecto la informacion generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinamica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB	Se realiza hoja de ruta de las autorizaciones tramitadas ante las EAPB.	Se adjunta en requerimientos la hoja de ruta.
6	Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y-o definitivas	se da respuesta de las devoluciones y glosas,realizando búsqueda de soportes.	soportes completos para las devoluciones y glosas.
7	Apoyar el proceso de facturacion de urgencias y hospitalizacion de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atencion adecuada de los usuarios y la generacion de los recursos de la institucion	Se apoya el proceso de facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido para garantizar la atención adecuada de los usuarios.	facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido.

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas debera dejar al dia el 100% de las actividades contratadas asi como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar	Entrega de parafiscales	Cuenta de cobro
9	Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato	Desarrollo las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	Actividades desarrolladas

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 2448810
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9461315258		
2023	DICIEMBRE	2024	01	19			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS DIEZPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 186200
Salud		NUEVA EPS		$ 145000	$ 145400
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28400
Caja de Compensación	NO		Total	$ 336655	$ 360000

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488425713432

Lina Rocio Barrera Rincon

LINA ROCIO BARRERA RINCON
1058431279

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2024

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C 1058431279		BARRERA RINCON LINA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 68d #20d-16 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7090990	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
023-12	2023-12	406976182	9461315258	I	2024/01/19	2024/01/22	NEQUI	3	$360,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$600	$0	$186,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$600	$0	$186,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$100	$0	$28,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$100	$0	$28,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$400	$0	$145,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$145,000	$400	$0	$145,400
TOTAL				1	$358,900	$1,100	$0	$360,000

en línea

OS GENERALES DEL APORTANTE

ntificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
58431279		BARRERA RINCON LINA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 68d #20d-16 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7090990	No

OS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
sión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
12	2023-12	406976182	9461315258	I	2024/01/19	2024/01/22	NEQUI	3	$360,000

UIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
rsal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
ro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
d: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
CC	1058431279	BARRERA LINA	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
al	Afiliados(1)				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? SI No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

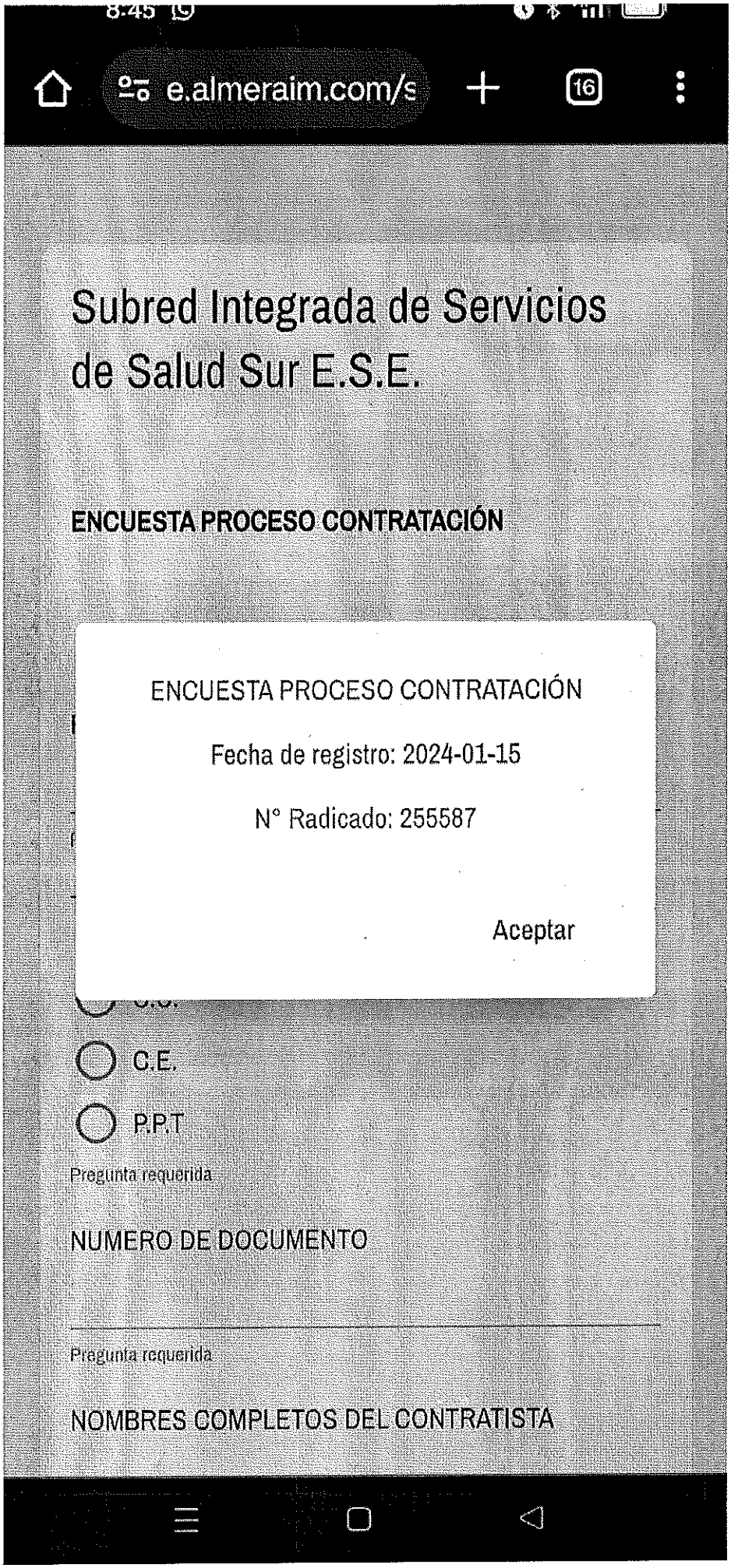
Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO-2861-2023.pdf	FEBRERO-2861-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	marzo-2861-2023.pdf	marzo-2861-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-2861-2023.pdf	ABRIL-2861-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-2861-2023.pdf	MAYO-2861-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-2861-2023.pdf	JUNIO-2861-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-2861-2023.pdf	JULIO-2861-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO-2861-2023.pdf	AGOSTO-2861-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE-2861-2023.pdf	SEPTIEMBRE-2861-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE-2861-2023.pdf	OCTUBRE-2861-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE-2861-2023.pdf	NOVIEMBRE-2861-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DICIEMBRE-2861-2023.pdf	DICIEMBRE-2861-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >


8:45
e.almeraim.com/s
16
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN
ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN
Fecha de registro: 2024-01-15
N° Radicado: 255587
Aceptar
C.E.
P.P.T
Pregunta requerida
NUMERO DE DOCUMENTO
Pregunta requerida
NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA